

SL

SL

SL



KOMISIJA EVROPSKIH SKUPNOSTI

Bruselj, 10.12.2008
COM(2008) 725 konč.

ZELENA KNJIGA

o evropskih delavcih na področju zdravja

KAZALO

1.	Uvod.....	3
2.	Razlogi za zeleno knjigo	4
3.	Pravni okvir in podlaga za ukrepanje na ravni EU	5
4.	Dejavniki, ki vplivajo na delavce na področju zdravja v EU, in glavna vprašanja za obravnavo.....	5
4.1.	Demografija in pospeševanje trajnostne delovne sile v zdravstvu	5
4.2.	Javno zdravje.....	7
4.3.	Usposabljanje	8
4.4.	Upravljanje mobilnosti zdravstvenih delavcev v EU.....	9
4.5.	Migracije zdravstvenih delavcev po svetu	10
4.6.	Podatki za odločanje	12
5.	Vpliv nove tehnologije: izboljšanje učinkovitosti zdravstvenih delavcev.....	13
6.	Vloga zdravstvenih delavcev podjetnikov v delovni sili	14
7.	Kohezijska politika	14
8.	Posvetovanje	15

Podpiranje trajnostne delovne sile na področju zdravja v Evropi

1. UVOD

Zdravstveni sistemi EU s težavo lovijo ravnotežje med vse večjim povpraševanjem po zdravstvenih storitvah in njihovem omejenem zagotavljanju in drugič, med potrebo po lokalnem odzivu na zdravstvene potrebe posameznikov in pripravljenostjo na velike krize v javnem zdravstvu.

Sistemi zdravstvenega varstva v Evropi se spoprijemajo s številnimi izzivi.

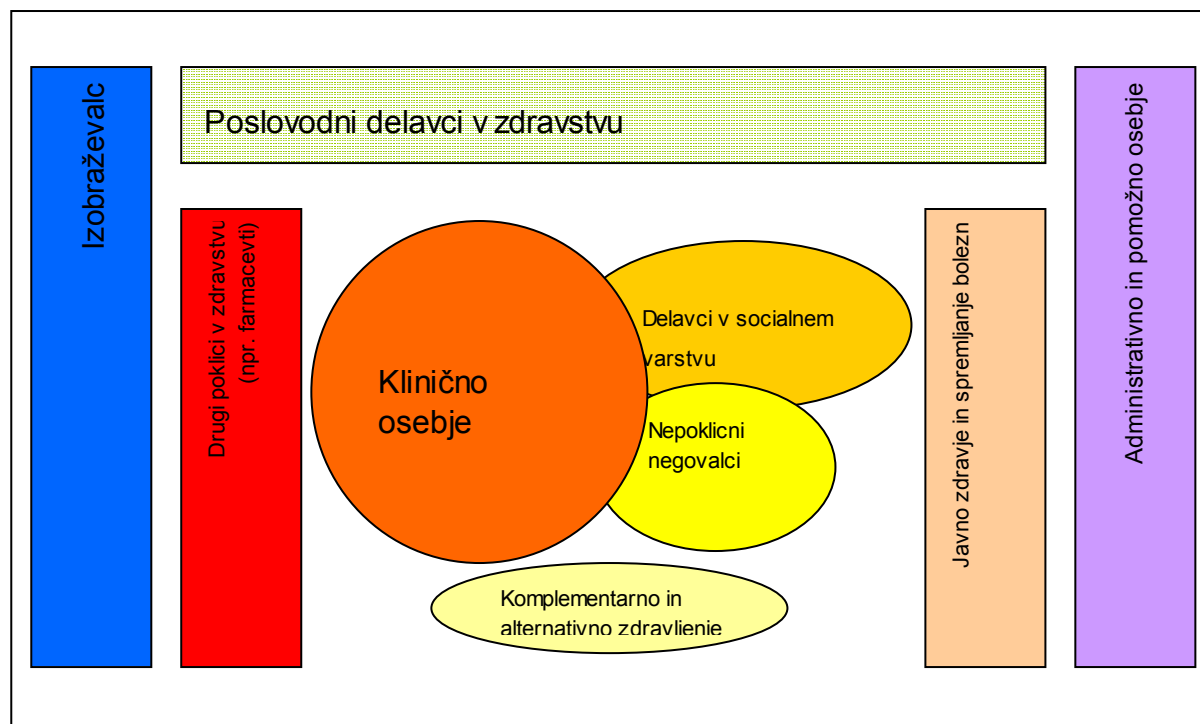
- Oblikovalci politike in zdravstveni organi imajo problem kako prilagoditi sisteme zdravstvenega varstva starajočemu se prebivalstvu. Med letoma 2008 in 2060 bo število prebivalcev v državah EU-27, starih 65 let in več, predvidoma naraslo za 66,9 milijona, „zelo stari“ (80+) pa bodo najhitreje rastoči segment prebivalstva¹.
- Uvedba nove tehnologije omogoča večjo izbiro in kakovost zdravstvenega varstva v diagnostiki, preventivi in zdravljenju, vendar pa je to treba plačati, delavce pa je treba usposobiti za uporabo teh možnosti.
- Pojavljajo se nove in ponavljajoče se nevarnosti za zdravje, na primer zaradi nalezljivih bolezni.
- Vse to vodi do nenehno naraščajočih izdatkov za zdravje in v resnici povzroča hude dolgoročne probleme za trajnost zdravstvenih sistemov v nekaterih državah.

Ker so zdravstvene storitve zelo delovno intenzivne, potrebujejo zdravstveni sistemi učinkovito in uspešno delovno silo najvišje kakovosti, da bi se lahko ustrezno odzvali na te izzive. Zdravstveno varstvo je eden od najpomembnejših sektorjev gospodarstva EU, ki zaposluje enega od desetih delavcev v EU, približno 70 % proračunov za zdravstveno varstvo pa se porabi za plače in druge stroške, neposredno povezane z zaposlovanjem delavcev v zdravstvu².

¹ Nacionalne demografske napovedi v letu 2008, konvergenčni scenarij EUROPOP 2008.

² Dubois C, Mc Kee M, Nolte E (2006). Human Resources for Health in Europe, Open University Press, England.

Diagram 1: Obseg delovne sile na področju zdravja



2. RAZLOGI ZA ZELENO KNJIGO

Strategija zdravstvenega varstva Evropske komisije, sprejeta oktobra 2007 in objavljena v beli knjigi „Skupaj za zdravje“, predlaga nov pristop, ki bi zagotovil, da bo EU storila vse, kar je v njeni moči, za obravnavo izzivov, kot so nevarnosti za zdravje, pandemije, težave zaradi bolezni, povezanih z načinom življenja, neenakost in podnebne spremembe v razširjeni Evropi s 27 državami članicami. Njen cilj je krepiti zdravje v starajoči se Evropi s spodbujanjem dobrega zdravja v vseh življenjskih obdobjih, varovanjem državljanov pred zdravstvenimi nevarnostmi ter podpiranjem dinamičnih zdravstvenih sistemov in novih tehnologij.

Zato je cilj te zelene knjige povečati prepoznavnost problemov, s katerimi se spoprijemajo zdravstveni delavci v EU, podati jasno sliko o tem, koliko se lokalni in/ali nacionalni poslovodni delavci v zdravstvenem varstvu spoprijemajo z enakimi problemi, ter zagotoviti boljšo podlago za razmislek o tem, kaj je mogoče na ravni EU storiti za učinkovito obravnavo teh problemov na tak način, da to ne bi imelo negativnih posledic za zdravstvene sisteme izven EU.

Cilj zelene knjige je čim bolj natančno opisati izzive, s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci v EU in ki so skupni vsem državam članicam: demografsko vprašanje (starajoče se svetovno prebivalstvo in starajoča se delovna sila), kar pomeni, da se v sistem vključuje premalo mladih, da bi nadomestili tiste, ki ga zapuščajo; raznovrstnost zdravstvenih delavcev; majhna privlačnost velikega števila delovnih mest v zdravstvenem varstvu in javnem zdravju za nove generacije; migracije zdravstvenih delavcev v EU in iz nje; neenaka mobilnost v EU in zlasti preseljevanje nekaterih zdravstvenih delavcev iz revnejših v bogatejše države v EU ter beg možganov v zdravstvu iz tretjih držav.

Drugi cilj te zelene knjige je pomagati opredeliti področja, na katerih je po mnenju Komisije mogoče nadalje ukrepati, in o tem začeti razpravo.

3. PRAVNI OKVIR IN PODLAGA ZA UKREPANJE NA RAVNI EU

Člen 152 Pogodbe ES navaja: „Pri dejavnosti Skupnosti na področju javnega zdravja je v celoti upoštevana odgovornost držav članic za organizacijo in zagotavljanje zdravstvenih storitev in zdravstvenega varstva.“ Vendar pa člen tudi poudarja, da mora Skupnost spodbujati sodelovanje med državami članicami in pospeševati usklajevanje njihovih politik in programov.

Dejavnost Skupnosti je zato namenjena dopolnitvi nacionalnih politik. Osnovno odgovornost za organizacijo in izvajanje zdravstvenih storitev imajo države članice, EU pa ima pomembno vlogo pri zagotavljanju podpore zanje ter dodane vrednosti, npr. z mreženjem in izmenjavo dobrih praks.

Poleg tega Pogodba ES in sekundarna zakonodaja določata pravila, ki jih morajo države članice upoštevati pri organizaciji svojega zdravstvenega varstva.

Pri sekundarni zakonodaji ustrezni primeri vključujejo direktive v delovni zakonodaji Evropske skupnosti, kot je direktiva o delovnem času, ki omejuje najdaljši dovoljeni delovni čas ter predpisuje najkrajši dnevni in tedenski počitek zaradi zaščite zdravja in varnosti delavcev. Direktiva določa skupne najmanjše zahteve za vse države članice, posamezne države članice pa imajo pravico uporabljati predpise, ki so bolj ugodni za varstvo delavcev, če tako želi.

Odločitev Sodišča o dežurstvu in nadomestnem počitku sproža pomembna vprašanja v zvezi s storitvami zdravstvenega varstva in nege³. Komisija je že pripravila zakonodajne predloge⁴, o katerih zdaj razpravljata Svet in Evropski parlament⁵.

4. DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA DELAVCE NA PODROČJU ZDRAVJA V EU, IN GLAVNA VPRAŠANJA ZA OBRAVNAVO

4.1. Demografija in pospeševanje trajnostne delovne sile v zdravstvu

Državljeni živijo dlje in so bolj zdravi. Življenjska doba se je od 1950-ih let vsako desetletje povečala za približno 2,5 leti in bo predvidoma še rasla.

³ S tem ko Sodišče navaja, da je treba čas, ki ga zdravstveni delavci preživijo na dežurstvu, šteti kot delovni čas, tudi če počivajo, vendar pod pogojem, da morajo ostati na svojem delovnem mestu, je priznalo, da zdravniki, na primer, delajo več kot 48 ur na teden v večini držav članic. Da bi se države članice uskladile s to odločitvijo, bi se morale nekatere med njimi izredno potruditi pri zaposlovanju, kar ni vedno mogoče.

⁴ COM(2004) 607 (predlog za spremembo Direktive 2003/88/ES); COM(2005) 246 (spremenjeni predlog, ki upošteva mnenje Evropskega parlamenta).

⁵ Skupno stališče Sveta z dne 15. septembra 2008; Sporočilo Komisije Evropskemu parlamentu o skupnem stališču, COM(2008) 568.

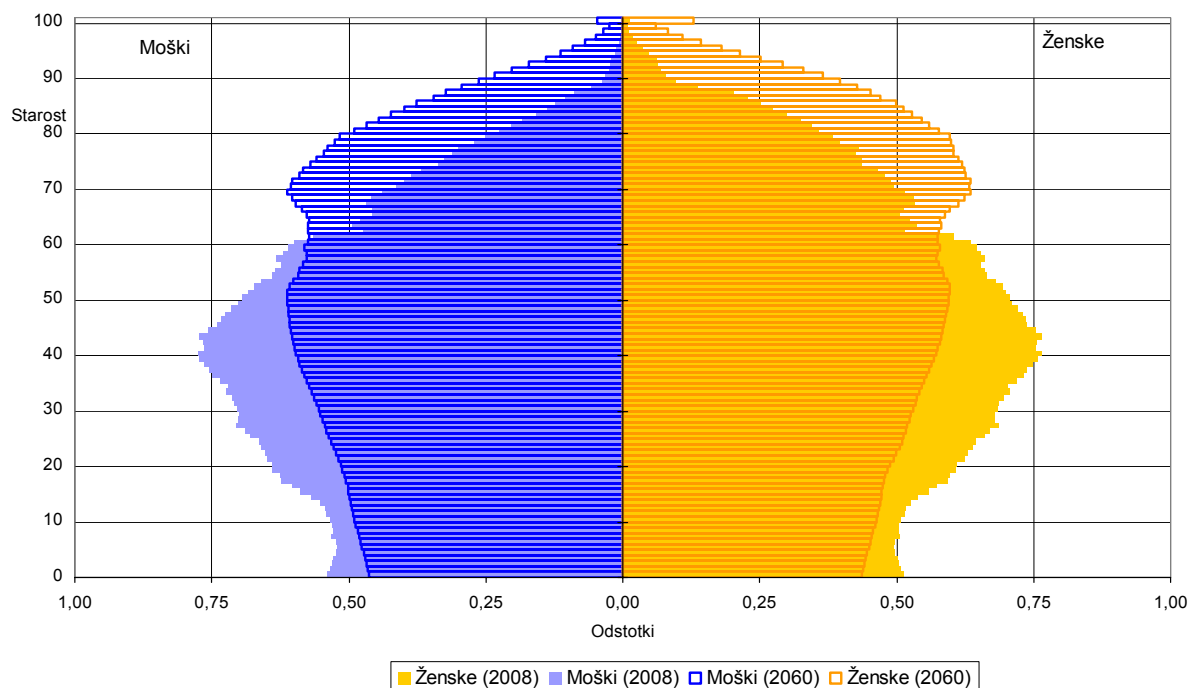


Diagram 2: Projekcija prebivalstva 2008–2060

Pri starajočem se prebivalstvu je odločilno, da so ljudje med staranjem zdravi. Leta zdravega življenja leta je treba čim bolj podaljšati. Kljub temu pa se ob daljši življenjski dobi pričakuje, da bo vse več hudo prizadetih starejših oseb, ki bodo potrebovale stalno nego⁶. Ker je v starosti polimorbidnost bolj pogosta, bo to vplivalo na zagotavljanje nege. Poleg tega se bo povpraševanje po formalno zagotovljeni negi verjetno povečalo glede na verjetno zmanjšanje števila razpoložljivih neprofesionalnih negovalcev zaradi spreminjajočih se družinskih struktur.

S staranjem prebivalstva se stara tudi delovna sila. Med 1995 in 2000 se je v Evropi število zdravnikov, mlajših od 45 let, zmanjšalo za 20 %, število tistih v starosti nad 45 let pa povečalo za več kot 50 %. Tudi povprečna starost medicinskih sester se veča. V petih državah članicah jih je skoraj polovica starejših od 45 let⁷. Ker se ti delavci približujejo starosti za upokožitev, bo za njihovo nadomestitev potrebnih dovolj mladih kandidatov.

Delež žensk med zdravstvenimi delavci je bil pomemben že v preteklosti in se še povečuje. Na splošno ženske sestavljajo približno tri četrtine zdravstvene delovne sile v EU, v nekaterih državah članicah pa znaša delež žensk med vpisanimi na medicinske fakultete že več kot 50 %⁸. Podpiranje ukrepov za enakost moških in žensk v strategijah za načrtovanje človeških virov je zato še posebno pomembno.

Načrt za enakost med ženskami in moškimi 2006–2010⁹ opredeljuje številne dejavnosti za doseganje enake ekonomske neodvisnosti in enakopravno sodelovanje žensk in moških v odločanju ter predlaga številne ukrepe za boljše usklajevanje dela ter družinskega in zasebnega življenja.

⁶ OECD: Trends in Severe Disability among Elderly People DELSA/HEA/WD/HWP (2007).

⁷ WHO Observatory Policy series 2006.

⁸ WHO Observatory Policy series 2006.

⁹ COM(2006) 92.

Ključ za ohranjanje dovolj velike delovne sile ob pričakovani upokojitvi povojnih generacij je izobraževanje, zaposlovanje in ohranjanje mladih strokovnjakov ter istočasno ponovno vlaganje v izkušene delavce.

Vplivni dejavniki in mogoča področja ukrepanja:

- ocenjevanje ravni izdatkov za zdravstveno delovno silo,
- zagotavljanje boljših delovnih pogojev za zdravstvene delavce, večanje motivacije in morale zaposlenih,
- premislek o kampanjah zaposlovanja in usposabljanja, zlasti zaradi izkoriščanja večanja deleža zaposlenih, starejših od 55 let, in tistih, ki nimajo več družinskih obveznosti, na delovnih mestih,
- organizacija zdravljenja kroničnih bolezni in/ali zagotavljanja dolgotrajne nege na domu ali v bližini doma,
- zagotavljanje učinkovitejše uporabe razpoložljivih zdravstvenih delavcev,
- premislek o kampanjah za „vrnitev na delo“ za privabljanje tistih, ki so zaposlili zdravstveno delovno silo,
- pospeševanje večje družbene in etnične raznolikosti pri zaposlovanju,
- ozaveščanje v šolah o veliki izbiri poklicnih možnosti v sektorjih zdravstvenega varstva in nege.

4.2. Javno zdravje

Funkcija javnega zdravstva vključuje vrsto različnih dejavnosti za varovanje in izboljšanje zdravja prebivalstva na splošno, reševanje neenakosti v zdravstvu ter obravnavanje potreb prikrajšanih in ranljivih skupin. Naloge vključujejo ocenjevanje zdravstvenih potreb in vplivov za načrtovanje storitev, preprečevanje bolezni, na primer s cepljenji in programi presejevalnih pregledov, promocijo zdravja in izobraževanje, zagotavljanje krvi, epidemiološko spremljanje ter načrtovanje in ukrepanje ob zdravstvenih nevarnostih zaradi izbruhov nalezljivih bolezni, pandemij ter nesreč, ki jih je povzročil človek, in naravnih nesreč, vključno tistih zaradi podnebnih sprememb.

Promocija zdravja in preprečevanje bolezni sta pomembni ne samo sami po sebi, ampak lahko močno zmanjšata prihodnje povpraševanje po zdravljenju in negi. Javnozdravstveni delavci v EU morajo biti ustrezno usposobljeni in dovolj številni, da bodo lahko učinkovito izvajali te dejavnosti, to pa je treba predvideti v načrtih usposabljanja in zaposlovanja.

Zdravju na delovnem mestu bo treba posvetiti posebno pozornost, saj so vprašanja varnosti in zdravja pri delu pomembne determinante splošnega javnega zdravja. Še naprej se bo treba ukvarjati s problemi, kot so nesreče pri delu, vendar pa je zaradi novih vidikov, kot so spremembe delovnega ritma, nove tehnologije na delovnem mestu, doseganje ravnotežja med delom in zasebnim življenjem, delovna mobilnost in stres pri delu, treba posvetiti posebno pozornost zdravju na delovnem mestu kot pomembni determinanti splošnega javnega zdravja. Pred kratkim sprejeta strategija za varnost in zdravje pri delu 2007–2012 (COM(2007) 62) določa vrsto zahtevnih ciljev, ki so jih države članice EU sprejele in jih bodo podpirale. Vendar pa je doseganje teh ciljev močno odvisno od razpoložljivosti potrebnih specializiranih zdravstvenih delavcev, kot so zdravniki medicine dela, medicinske sestre za to področje ter inšpektorji za nadzor varnosti in zdravja pri delu.

Vplivni dejavniki in mogoča področja ukrepanja:

- krepitev zmogljivosti za presejevalne preglede, promocijo zdravja in preprečevanje bolezni,
- zbiranje boljših informacij o dejanskih in mogočih zdravstvenih potreb prebivalstva zaradi načrtovanja prihodnjega razvoja javnozdravstvenih delavcev,
- spodbujanje naravoslovnih usmeritev v šolah s poudarjanjem poklicnih možnosti v manj znanih poklicih v javnem zdravstvu (biologi, epidemiologi itd.),
- zagotavljanje večje prepoznavnosti Evropske agencije za zdravje in varnost pri delu (OSHA) v državah članicah z objavami o njej na samih delovnih mestih,
- podpiranje dela zdravnikov medicine dela in zagotavljanje spodbud za zdravnike za specializacijo na tem področju.

4.3. Usposabljanje

Zmogljivost zavodov za usposabljanje je prav tako vprašanje, ki ga je treba upoštevati pri načrtovanju delovne sile. Če bo potrebnih več zdravnikov, medicinskih sester in drugih zaposlenih, bo treba zagotoviti več študijskih mest na univerzah ali strokovnih šolah ter več učiteljev zanje, za kar bo potrebno načrtovanje in vlaganje.

Države članice bodo morale oceniti, katere specialistične kvalifikacije bodo potrebne in pri tem upoštevati, da se zdravljenje spreminja z uvajanjem nove tehnologije, vplivi starajočega se prebivalstva na vzorec bolezni ter večanja števila starejših pacientov s polimorbidnostjo. Poseben problem je, da sta večje število potovanj in mobilnost tudi povečala tveganje za razširitev bolezni, ki so bile doslej bolj značilne za tropske dežele. To ustvarja nove potrebe po usposabljanju kliničnih delavcev in delavcev za spremljanje prenosljivih bolezni.

Dejavniki vplivanja in mogoča področja ukrepanja:

- zagotavljanje usposabljanja, ki vključuje posebne potrebe invalidov (ki bi morali biti deležni prav tako kakovostne nege kot neinvalidne osebe in za katere je treba zagotoviti posebne zdravstvene storitve, ki jih potrebujejo)¹⁰;
- usmerjenost v stalni strokovni razvoj zdravstvenih delavcev; posodabljanje poklicnih kvalifikacij, ki izboljšuje kakovost rezultatov zdravljenja in zagotavlja pacientovo varnost;
- načrtovanje usposabljanja zaradi spodbujanja ponovnega zaposlovanja izkušenih delavcev;
- zagotavljanje poslovnega usposabljanja za zdravstvene delavce;
- pospeševanje sodelovanja med državami članicami pri upravljanju *numerus clausus* za zdravstvene delavce in omogočanja večje prožnosti;
- razvoj možnosti za jezikovno usposabljanje kot pomoč pri morebitni mobilnosti;
- oblikovanje novega mehanizma EU, npr. observatorija za zdravstvene delavce, ki bi pomagal državam članicam pri načrtovanju prihodnjih zmogljivosti delovne sile, potreb po usposabljanju in uvajanju tehnoloških dosežkov.

4.4. Upravljanje mobilnosti zdravstvenih delavcev v EU

Prosto gibanje oseb je ena temeljnih svoboščin, zapisanih v zakonodaji Skupnosti. Prosto gibanje delavcev je določeno v členu 39 Pogodbe ES in še natančneje opredeljeno v Uredbi 1612/68¹¹, ki določa, da se imajo državljani EU v drugih državah članicah pravico zaposliti v podjetjih ali javni upravi. Pravica do ustanavljanja je določena v členu 43 Pogodbe ES, ki opredeljuje pravico do opravljanja dejavnosti kot samozaposlena oseba v drugi državi članici, člen 49 pa poudarja svobodo opravljanja storitev. Uredba 1408/71 in izvedbena uredba 574/72¹² usklajujeta različne sisteme socialne varnosti zaradi omogočanja uresničevanja te temeljne pravice prostega gibanja. Poleg tega imajo državljani EU pravico študirati v drugih državah članicah pod enakimi pogoji kot državljani teh držav.

Direktiva 2005/36/ES ureja priznavanje poklicnih kvalifikacij zaradi ustanavljanja v drugi državi članici ter zaradi lažjega zagotavljanja čezmejnih storitev v državi, ki ni država članica izvajalčevega sedeža. Direktiva je uvedla tudi zahtevo po izmenjavi informacij med pristojnimi organi države gostiteljice in države članice izvora o izrečenih disciplinskih ukrepih ali kazenskih sankcijah ali kakršnih koli resnih in posebnih okoliščinah. Izven zakonodajnega okvira so strokovne organizacije sprožile nekaj pobud v zvezi z mobilnostjo zdravstvenih delavcev, kot je npr. pobuda „Health Professionals Crossing Borders“ in poskusna pobuda za poklicno izkaznico, katerih cilj je izboljšati dostop do informacij v

¹⁰ Kot določa 35. člen Konvencije ZN o pravicah invalidov, ki so jo podpisale vse države članice in Evropska skupnost.

¹¹ Uredba Sveta št. 1612/68 (EGS) z dne 15. oktobra 1968 o prostem gibanju delavcev v Skupnosti.

¹² Uredba Sveta (ES) št. 1408/71 z dne 14. junija 1971 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe, samozaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti, Uredba Sveta (EGS) št. 574/72 z dne 21. marca 1972 o postopku za izvajanje Uredbe (EGS) št. 1408/71 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe, samozaposlene osebe in njihove družine, ki se gibljejo znotraj Skupnosti.

primeru dvoma o poklicni zanesljivosti. Napredek pri izvajanju teh pobud je treba še naprej spremljati.

Prosto gibanje študentov in delavcev pomaga zagotavljati možnosti za zdravstvene delavce, da gredo tja, kjer jih najbolj potrebujejo. Vendar pa se zdravstveni delavci selijo zaradi različnih razlogov: zaradi boljših poklicnih možnosti in možnosti za usposabljanje ali višjih plač in boljših delovnih pogojev. Mobilnost lahko negativno ali pozitivno vpliva na razlike v državah in med njimi. Nekatere države članice zato morda ne bodo pripravljene vlagati v usposabljanje večjega števila strokovnjakov, če jih težko zadržijo doma in je zato donosnost vlaganj nizka.

Učinkov povečane mobilnosti se ne rešuje z uvedbo zakonskih omejitev prostega gibanja študentov ali delavcev, ampak z ustreznimi politikami ter usklajeno z EU organi in drugimi državami članicami. Zaradi večje mobilnosti delavcev bi torej lahko bilo potrebno, da poslovodni delavci na lokalni in/ali nacionalni ravni preverijo ustreznost svojih ukrepov za zaposlovanje in strokovni razvoj.

Državljeni imajo tudi pravico do zdravstvenega varstva v drugih državah članicah. Cilj predlagane direktive za čezmejno zdravstveno varstvo je zagotoviti uporabo skupnih načel pri čezmejnem zdravstvenem varstvu v EU. En steber te direktive je uresničevanje možnosti za evropsko sodelovanje na območjih, kjer je to koristno, vključno z obmejnimi regijami, v okviru evropskih referenčnih mrež specializiranih centrov, mrežo EU za ocenjevanje zdravstvene tehnologije ali spletnih zdravstvenih storitev.

Dejavniki vplivanja in mogoča področja ukrepanja:

- spodbujanje dvostranskih sporazumov med državami članicami za izkoristek morebitnih presežkov zdravnikov in medicinskih sester;
- vlaganje v usposabljanje in zaposlovanje dovolj velikega števila zdravstvenih delavcev, da se doseže samozadostnost na ravni EU;
- spodbujanje čezmejnih sporazumov o usposabljanju in izmenjavi zaposlenih ob upoštevanju zakonodaje Skupnosti, kar lahko pomaga pri obvladovanju odliva zdravstvenih delavcev;
- spodbujanje „kroženja“ zaposlenih (npr. odhod zaposlenih v drugo državo zaradi usposabljanja in/ali pridobivanja izkušenj, od koder se nato vrnejo v domovino z dodatnim znanjem in spretnostmi);
- oblikovanje foruma ali platforme na ravni EU za izmenjavo izkušenj poslovodnih delavcev.

4.5. Migracije zdravstvenih delavcev po svetu

Zdravstvenih delavcev primanjkuje po vsem svetu, vendar pa je problem najhujši v podsaharski Afriki, kjer je dosegel kritično točko¹³. Pomanjkanje se je še poslabšalo zaradi povečanega povpraševanja in tekmovalnosti pri zaposlovanju zdravnikov in medicinskih sester v razvitem svetu.

¹³ Pomanjkanje zdravstvenih delavcev je kritično v 57 državah, od katerih jih je 36 v Afriki.

Ukrepanje na področju zdravja v EU poleg tega pomembno vpliva na zunanjo in razvojno politiko EU. Če EU ne bo naredila ustreznih korakov za vzgojo in ohranitev dovolj velike števila svojih lastnih zdravstvenih delavcev, ni pričakovati, da bi se negativne posledice migracij za zdravstvene sisteme držav v razvoju zmanjšale¹⁴.

V Strategiji EU za ukrepe v zvezi s krizo na področju človeških virov v zdravstvenem sektorju v državah v razvoju¹⁵, sprejeti decembra 2005, in Evropskem akcijskem programu za odpravo hudega pomanjkanja zdravstvenih delavcev v državah v razvoju (2007–2013)¹⁶, sprejetem leto kasneje, EU prevzema odgovornost za sprejetje ukrepov, s katerimi bo dosegla svoj cilj zagotavljanja zelo kakovostnega zdravstvenega varstva, ne da bi to negativno vplivalo na položaj v državah, ki niso njene članice.

EU razvija skupno politiko priseljevanja¹⁷, ki vključuje ukrepe, s katerimi bi se izognili slabitvi razvojnih možnosti tretjih držav in ki bi na primer namesto povečevanja bega možganov spodbujali krožne migracije. Ti so del globalnega pristopa k migracijam¹⁸. Poleg tega je Komisija leta 2007 pripravila predlog direktive za lažji vstop visokokvalificiranih delavcev v EU¹⁹. V tem predlogu je predvidena določba z izrecno zahtevo za etično zaposlovanje v sektorjih, kot je zdravstveni, katerim primanjkuje delavcev.

V zadnjem desetletju so bili pripravljene kodeksi etičnega zaposlovanja, namenjeni zmanjšanju negativnih posledic migracijskih tokov za ranljive sisteme zdravstvenega varstva v državah v razvoju. Združeno kraljestvo ima kodeks zaposlovanja na mednarodnem trgu dela²⁰, Norveška²¹ in Nizozemska²² pa sta izdali strategiji v zvezi z delovno silo, ki vsebujeta politiko etičnega zaposlovanja. Na ravni EU je leta 2008 odbor za evropski socialni dialog v bolnišničnem sektorju, v katerega sta vključena HOSPEEM in EPSU kot evropska socialna partnerja, sprejel Kodeks ravnanja in nadaljnega ukrepanja pri etičnem čezmejnem zaposlovanju in ohranjanju zaposlenih (Code of Conduct and follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention)²³, katerega cilj je pospeševati etično ravnanje in ustaviti neetične postopke pri čezmejnem zaposlovanju zdravstvenih delavcev.

EU se je zavezala, da bo pripravila kodeks etičnega zaposlovanja zdravstvenih delavcev iz držav nečlanic in sprejela druge ukrepe za kar največje zmanjšanje negativnih in povečanje pozitivnih posledic priseljevanja zdravstvenih delavcev v EU za države v razvoju²⁴. Poročilo o napredku o izvajanju akcijskega programa, sprejeto septembra 2008, ponovno govori o tem, da je treba izpolniti te zaveze²⁵.

¹⁴ Ne selijo se samo posamezniki iz držav v razvoju. Zdravniki in medicinske sestre zapuščajo tudi EU in se zaposlujejo v ZDA, Kanadi, Avstraliji in na Novi Zelandiji.

¹⁵ COM(2005) 642.

¹⁶ COM(2006) 870.

¹⁷ Glej COM(2008) 359 „Skupna politika priseljevanja za Evropo: načela, ukrepi in orodja“.

¹⁸ Glej COM(2006) 735 in COM(2007) 247.

¹⁹ COM(2007) 637 konč. Obenem je bil sprejet predlog še za direktivo o enotnem postopku obravnavanja vlog in skupnih pravicah za delavce tretjih držav, ki zakonito prebivajo v eni od držav članic (COM(2007) 638).

²⁰ www.nhsemployers.org

²¹ (Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity), 2007.

²² Akcijski načrt 2007 „Working on Care“.

²³ www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPSU-

²⁴ Evropski parlament: „Strategija EU za ukrepe v zvezi s krizo na področju človeških virov v zdravstvenem sektorju v državah v razvoju“ ter COM(2006) 870 „Sporočilo Komisije Svetu in Evropskemu parlamentu: akcijski program za odpravo hudega pomanjkanja zdravstvenih delavcev v državah v razvoju (2007–2013).“

²⁵ SEC(2008) 2476.

Dejavniki vplivanja in mogoča področja ukrepanja:

- uvedba sklopa načel za usmerjanje zaposlovanja zdravstvenih delavcev iz držav v razvoju ter metod spremljanja;
- podpiranje SZO pri njenih prizadevanjih za razvoj globalnega kodeksa ravnanja za etično zaposlovanje;
- spodbujanje dvostranskih in večstranskih sporazumov z državami izvora ter razvoj mehanizmov za podporo kroženju²⁶).

4.6. Podatki za odločanje

Vse opisane zadeve so izziv za načrtovalce, izvajalce in poslovodne delavce v sistemih zdravstvenega varstva. Položaj je še težji zaradi pomanjkanja najnovejših primerljivih podatkov in informacij, npr. o številu zdravstvenih delavcev v usposabljanju in aktivni zaposlitvi, njihovih specializacijah, zemljepisni porazdeljenosti, starosti, spolu in državi izvora. Ker pomanjkanje v enem delu Evrope lahko vpliva na položaj drugje, so informacije za vso Evropo pomembne za načrtovanje in zagotavljanje zdravstvenih storitev za vse zdravstvene organe v EU.

Poročilo, ki ga je leta 2006 pripravila SZO²⁷ in ki vsebuje študije primerov 5 držav (Estonija, Nemčija, Litva, Poljska in Združeno kraljestvo), ugotavlja, da nobena od njih ni mogla zagotoviti natančnih in popolnih podatkov o mednarodnih tokovih zdravstvenih delavcev. Najbolj običajno se ti tokovi merijo s potrdili, izdanimi zaradi predložitve pristojnim organom („verifikacije“). Tako se dobi splošna letna mera za število strokovnjakov, ki razmišljajo o selitvi v drugo državo, vendar pa se nekateri ne preselijo, nekateri pa lahko več kot enkrat zaprosijo za potrdilo. Poročilo za Estonijo na primer omenja, da se je dejansko odselilo samo 182 zdravnikov od 344, ki so zaprosili za potrdila.

Evropska komisija zbira podatke o odločbah o priznavanju kvalifikacij na podlagi različnih sektorskih sistemov za priznavanje. Ti podatki so povzeti na spletni strani:

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm.

Prikazujejo selitve ali namen opravljanja poklica v drugi državi članici. Ker pa ni nobenih drugih podatkov o tem, ali se je strokovnjak zares zaposlil v drugi državi članici, ali se je odselil v tretjo državo ali vrnil domov, se lahko ti podatki uporabljajo samo kot približek, ker ni drugih podrobnejših informacij.

Drugi podatki, ki jih zbira EUROSTAT o številu zdravstvenih delavcev, se opirajo na podatke, ki jih zberejo države članice. Ti podatki so na voljo na spletni strani:

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.

Poleg tega se izvaja projekt OECD o selitvah zdravnikov in medicinskih sester v državah OECD/EU-25, ki ga podpira EU in v okviru katerega bodo v prihodnosti preučeni tudi drugi zdravstveni delavci. Ta projekt bo zagotovil koristne informacije, ne more pa zagotoviti

²⁶ „Kroženje“ pomeni odhod zaposlenih v drugo državo zaradi usposabljanja in/ali pridobivanja izkušenj, od koder se nato vrnejo v domovino z dodatnim znanjem in spretnostmi. Privlačne pobude bi lahko imele obliko dogovora o poklicni poti, tako da bi se povratniki vrnili na svoje delovno mesto in prejeli plačo, pri kateri bi bile upoštevane pridobljene izkušnje.

²⁷ Buchan J, Perfilieva G. Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications.

primerljivosti uporabljenih podatkov zaradi različnih prijavnih postopkov in razlik med državami članicami glede centralnega zbiranja podatkov.

Evropska migracijska mreža (EMM)²⁸ je novembra 2006 začela izvajati študijo o vodenih migracijah v zdravstvenem sektorju, v katero je vključenih enajst njenih nacionalnih točk za stike. Ugotovila je, da so podatki, zlasti tisti o zdravstvenih delavcih iz tretjih držav v EU, omejeni in pogosto porazdeljeni na več virov celo v eni sami državi članici.

Dejavniki vplivanja in mogoča področja ukrepanja:

- uskladitev ali standardizacija kazalnikov v zvezi z zdravstveno delovno silo,
- uvedba sistemov za spremljanje migracijskih tokov zdravstvenih delavcev,
- zagotavljanje razpoložljivosti in primerljivosti podatkov o zdravstveni delovni sili, zlasti zaradi ugotavljanja natančnega gibanja posameznih skupin zdravstvenih delavcev.

5. VPLIV NOVE TEHNOLOGIJE: IZBOLJŠANJE UČINKOVITOSTI ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

Napredek v zdravstvenem varstvu je odvisen od znanstvenega in tehnološkega napredka. Nova tehnologija vpliva na to, kaj je mogoče doseči, kako je zdravstveno varstvo organizirano in kako se izvaja. Nova tehnologija zdravstvenim delavcem zdaj omogoča lažjo izmenjavo informacij in tesnejše sodelovanje, kar na splošno izboljšuje oskrbo. Pri nekaterih boleznih in pacientih lahko tehnologija omogoča, da se večina nege prenese iz bolnišnic v zavode blizu pacientovega doma in v primarno zdravstvo ali celo na pacientov dom, kar lahko izboljša kakovost njihovega življenja in prispeva k boljši uporabi virov.

V kratkoročnem obdobju lahko nova tehnologija, kot je telemedicina, zagotovi boljše zdravstveno varstvo v odročnih krajih in v krajih, kjer primanjkuje zdravstvenih delavcev. Na primer, v EU so območja, na katerih telemedicina omogoča diagnosticiranje na daljavo, odčitavanje mamografskih posnetkov na daljavo pa pomaga izboljšati dostop in storitve za paciente.

Uvajanje nove tehnologije zahteva, da so zdravstveni delavci ustrezno usposobljeni in se po potrebi prekvalificirajo za njeno uporabo. Poleg tega bo treba doseči, da bodo zdravstveni delavci sprejeli njeno uporabo, kar bi lahko včasih zmotilo uveljavljene delovne metode in strukture. Sporočilo Komisije o koristih telemedicine za paciente, družbo in gospodarstvo predlaga evropski okvir za obravnavo nekaterih od teh izzivov.

Dejavniki vplivanja in mogoča področja ukrepanja:

- zagotavljanje ustreznega usposabljanja, ki bo zdravstvenim delavcem omogočilo kar najboljšo uporabo novih tehnologij;
- ukrepi za spodbujanje uporabe novih informacijskih tehnologij;
- zagotavljanje interoperabilnosti nove informacijske tehnologije,
- zagotavljanje boljše porazdeljenosti nove tehnologije po EU.

²⁸ <http://emn.sarenet.es/>

6. VLOGA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PODJETNIKOV V DELOVNI SILI

Nekateri zdravstveni delavci, kot so zdravniki, psihologi, zobozdravniki, pediatri, fizioterapevti in poklicni terapevti, delajo kot podjetniki v svojih praksah ali zdravstvenih centrih in zaposlujejo tudi druge delavce. Na te dejavnosti vplivajo politike Komisije za izboljšanje poslovnega okolja v Evropi ter podporo in spodbujanje podjetništva. Komisija je objavila novo sporočilo z naslovom „Mala in srednje velika podjetja – ključ za zagotavljanje rasti in delovnih mest. Vmesni pregled sodobne politike MSP“ (4. oktober 2007), ki govori o pomenu prispevka MSP k uresničevanju ciljev lizbonske strategije za večjo gospodarsko rast ter nova in boljša delovna mesta. Ti podjetniki lahko pomagajo okrepiti evropsko rast in so lahko gonilna sila za inovacije, lokalni razvoj, usposabljanje in zaposlovanje, poleg tega pa lahko pomagajo izboljšati dostop do zdravstvenega varstva.

Akt za mala podjetja je ključni element strategije EU za rast in delovna mesta (Sporočilo Komisije „Najprej pomisli na male – akt za mala podjetja za Evropo“, COM(2008) 394). Vsebuje sklop skupnih načel za usmerjanje politike MSP ter predlog ukrepov za prenos načel v prakso. Osredotoča se na pospeševanja podjetništva, usidranje načela „najprej pomisli na male“ v oblikovanje politike ter podpiranje rasti MSP.

Dejavniki vplivanja in mogoča področja ukrepanja:

- spodbujanje večjega števila podjetnikov za vstop v zdravstveni sektor zaradi izboljšanja načrtovanja zagotavljanja zdravstvenega varstva in odpiranja novih delovnih mest;
- preučevanje ovir za podjetniško dejavnost v zdravstvenem sektorju.

7. KOHEZIJSKA POLITIKA

Razvoj zdravstvene delovne sile v EU je povezan tudi s kohezijsko politiko. V skladu z obstoječo zakonodajo je za razvoj zdravstvene delovne sile mogoče uporabiti strukturne sklade. Strateške smernice Skupnosti za kohezijo, ki opredeljujejo prednostne naloge za strukturne sklade za obdobje 2007–2013, vsebujejo posebno točko, ki govori o cilju „Pomoč pri ohranjanju zdrave delovne sile“. Uredba o Evropskem socialnem skladu (ESS) iz julija 2006 (Uredba 1081/2006) opredeljuje podaljšanje delovne dobe in „boljše zdravje“ kot eno od prednostnih nalog ESS. V skladu s tem nekatere države članice (v glavnem nove) načrtujejo velika vlaganja v izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev, za kar bodo uporabile sredstva ESS. Poleg tega bo Evropski sklad za regionalni razvoj vložil približno 5,2 milijarde EUR v zdravstveno infrastrukturo. Učinkovita uporaba strukturnih skladov za izboljšanje kvalifikacij in kompetenc zdravstvenih delavcev ter razvoj zdravstvene infrastrukture lahko učinkovito prispeva k izboljšanju delovnih pogojev in poveča kakovost zdravstvenih storitev ter tako zmanjša vrzeli v zdravstvu in okrepi kohezijo v državah članicah in med njimi.

Dejavniki vplivanja in mogoča področja ukrepanja:

- večja uporaba podpore iz strukturnih skladov za usposabljanje in prekvalifikacijo zdravstvenih delavcev;
- izboljšanje uporabe strukturnih skladov za razvoj zdravstvenih delavcev;
- krepitev uporabe strukturnih skladov za infrastrukturo zaradi izboljšanja delovnih pogojev.

8. POSVETOVANJE

Evropska komisija vabi vse zainteresirane organizacije, da najkasneje do 31. marca 2009 pošljejo odgovore na vprašanja iz te zelene knjige po možnosti na e-naslov SANCO-health-workforce@ec.europa.eu

ali na naslov:

Evropska komisija, B-1049 Bruselj, Belgija.

Službe Komisije bodo domnevale, da vprašani ne nasprotujejo objavi svojih odgovorov ali delov odgovorov na spletni strani Komisije in/ali v poročilih, ki analizirajo rezultate postopka posvetovanj, če ti ne bodo dali nasprotne izjave.